

观察组护理满意度达到 98%, 其中非常满意率 88%, 基本满意率 10%。对照组回顾统计 88 例患者的满意度调查, 护理满意度为 83%, 其中非常满意率 50%, 基本满意率 33%, 不满意项目主要集中在护士服务态度和用语、生活护理、患方反映问题的处理及时性 3 个方面。观察组较对照组有了明显的提高 ($\chi^2 = 64.915, P < 0.001$)。

5.2 2 组不良事件发生率对比: 对照组发生 2 例喝水误吸, 2 例醉酒的外伤患者坠床, 1 例用药错误 (错用钠钾镁钙注射液代替混合糖电解质注射液静滴, 未造成不良后果), 1 例患者翻身时输液条脱落, 不良事件发生率为 6.8%, 而观察组无 1 例不良事件发生, 其不良事件发生率显著低于对照组 ($\chi^2 = 5.795, P = 0.016$)。

5.3 2 组抢救成功率对比: 对照组抢救成功 81 例, 死亡 7 例, 原因分别为急性呼吸功能衰竭 (非出血原因所致) 3 例、气管支气管内大出血致窒息 2 例、心脏骤停 1 例、外伤性主动脉夹层破裂 1 例, 抢救成功率为 92.05%; 而观察组抢救成功 81 例, 因急性呼吸功能衰竭死亡 1 例, 抢救成功率为 98.78%, 观察组抢救成功率显著高于对照组 ($\chi^2 = 4.294, P = 0.038$)。

讨论

由于严重胸外伤对患者循环呼吸有较明显的影响, 尤其连枷胸、严重肺损伤、心脏或大血管受损, 如果不及及时处理其死亡率很高, 所以均应引起重视, 给予快速的诊断和积极的治疗^[4-5]。胸外伤是急诊科的常见病, 而急重胸外伤需立即送至抢救室加强护理和治疗, 不仅需要专科医生救治, 更需要急诊专科护士进行全面又有针对性的护理和配合。

急重胸外伤患者的救治是争时间、抢机会, 从入院的一刻开始就要医护共同一步紧接一步的行动起来, 最大限度地提高患者生存率和痊愈率^[6], 降低并发症的发生率^[7]。在关键的护理项目上要加强观察、核查和记录, 患者病情变化要及时反馈给医生, 尤其比较隐匿的病情^[8]。医护配合良好, 提前备好操作所需物品, 不仅能加快抢救步骤, 提高救治效果, 也能减少接诊医生急躁的情绪, 使其能够以更好的精神状态投入到抢救工作中。合并严重肺损伤的患者, 预防感染和急性呼吸窘迫综合征是关键, 及时的呼吸支持、协作排痰和抗生素、非甾体类止痛药、糖皮质激素等药物的应用, 可以控制病情的进展, 甚至可以避免感染和急性呼吸窘迫综合征发生^[9]。严密观察、积极控制病情发展以及及时的转运至专科科室或手术室是急诊胸外伤的处理要点^[10], 护理肩负着重要责任。一切为了患者, 在繁忙的护理工作中, 我们需要不断的总结、学习和提高, 对于严重胸廓畸形的胸外伤患者有必要行切开复位内固定手术治疗^[11], 可尝试让急诊胸外伤专科护士旁观手术过程, 对胸壁、胸腔脏器外伤有直观的认识和更深刻的理解, 以及学习、区别不同损伤的内在变化, 明白胸外伤的发展趋势及对患者的影响程度, 为将来更好的护理工作做好准备。当然, 为急重症胸外伤患者提供优质护理需要配备充足的人员及培训专业知识和技能, 需要医生的认可和支持、共建医护一体模式^[12], 也需要患方的理解和配合、创建和谐就医环境。在护理水平的客观评价系统中, 除了常用的患者满意度调查之外, 更重要的是护理方案变革后并发症是否减少、患者治疗效果是否提高。治疗和护理的目的是顺利治愈患者, 即在治愈目标的前提下尽量减少并发症、降低患者痛苦、缩短住院时

间, 对于胸外伤患者来说, 加速康复治疗是现在临床广泛应用的治疗方法, 因此护理方法自然要改变、与之相应, 尤其接诊后抢救性护理, 做好第一步, 为后续的专科治疗和护理争取机会、做好铺垫。在急诊应用新的胸外伤护理方案, 加快节奏、增加措施, 不仅降低了并发症发生率和患者痛苦程度, 也控制了病情发展、提高了治疗效果。另外, 在此次研究中患者死亡原因除了外伤直接引起组织或器官大出血外, 还有急性呼吸功能衰竭占了较大比率, 此类患者均既往有慢性呼吸系统疾病, 如慢性支气管炎或肺气肿, 在严重外伤的应激状态下通气和换气功能更加不足, 因此在新的护理方案中加强了血压的控制、呼吸道管理、与患者及时沟通症状, 还提前对有慢性呼吸系统疾病病史或影像检查发现肺气肿或大范围渗出的老年患者行呼吸机支持治疗, 注意观察、评估和呼吸机参数的调整。重视外伤患者的既往病史、尤其循环呼吸系统方面疾病以及体质状况, 可有效提升患者的抢救成功率。

急重胸外伤通常病情凶险, 变化快, 应用此护理方案后不仅明显降低患者心理、身体的不适感, 降低不良事件发生率, 提高了护理满意度, 也加快了抢救步骤和提高了患者依从性, 促使患者得到更好的治疗效果。

参考文献

- [1] Ursic C, Curtis K. Thoracic and neck trauma Part one[J]. Int Emerg Nurs, 2010, 18(1):47-53.
- [2] Ursic C, Curtis K. Thoracic and neck trauma Part two[J]. Int Emerg Nurs, 2010, 18(2):99-108.
- [3] 俞晓军, 姜正科, 冯侃, 等. 胸廓成型术在多发肋骨骨折致连枷胸救治中的疗效分析[J]. 浙江医学, 2017, 39(23):2150-2151.
- [4] 李扬, 杨异, 吴伟铭, 等. 需急诊开胸探查胸外伤的临床分析[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2017, 24(9):735-737.
- [5] Platz JJ, Fabricant L, Norotsky M. Thoracic Trauma; Injuries, Evaluation, and Treatment[J]. Surg Clin North Am, 2017, 97(4):783-799.
- [6] 尤维花, 李小会. 重型颅脑损伤合并胸部复合伤的临床护理认知[J]. 甘肃医药, 2016, 35(7):553-554.
- [7] Curtis K, Asha SE, Unsworth A, et al. ChIP: An early activation protocol for isolated blunt chest injury improves outcomes, a retrospective cohort study[J]. Australas Emerg Nurs J, 2016, 19(3):127-132.
- [8] 赵东. 重症胸外伤合并肋骨骨折患者的急救护理措施[J]. 中国伤残医学, 2019, 27(20):53-54.
- [9] 中华医学会重症医学分会. 急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征诊断和治疗指南(2006)[J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(12):706-710.
- [10] Dennis BM, Bellister SA, Guillaumondegui OD. Thoracic Trauma[J]. Surg Clin North Am, 2017, 97(5):1047-1064.
- [11] 李世健, 邢万红. 切开复位内固定治疗外伤性多发肋骨骨折临床疗效及手术时机评价[J]. 中华创伤杂志, 2016, 32(6):533-535.
- [12] 叶凤丽, 梁莉, 林丽丽. 医护一体情景模拟培训模式在急诊科护士核心能力培训模型研究中的应用[J]. 岭南急诊医学杂志, 2017, 22(3):289-291.

收稿日期: 2020-12-04

多发性肋骨骨折内固定手术室的护理配合

史美娟

(本溪市中心医院, 辽宁 本溪 117000)

摘要 目的: 探究了多发性肋骨骨折内固定手术的护理配合。方法: 从本院 2018 年 1 月-2020 年 10 月收治的肋骨骨折内固定手术患者中选择 57 例患者, 使用随机数字法将其分为观察组和对照组。其中观察组患者 29 例, 对照组患者 28 例, 观察组患者使用综合护理方式, 由手术室专业护理人员实施, 包括术前护理和术后访视, 对照组患者使用常规护理方式。对比 2 组患者

手术的不良不良反应发生率(心率异常、呼吸不畅、血压升高)及护理满意度。**结果:**观察组患者手术室护理不良不良反应总发生率为 13.79%。对照组患者不良不良反应总发生率为 39.29%, 差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.774, P < 0.005$)。观察组患者护理满意度 26 例(89.66%), 优于对照组患者护理满意度 18 例(64.29%), ($\chi^2 = 5.208, P < 0.005$)。**结论:**使用综合性护理方式有助于手术顺利进行, 为患者快速康复提供辅助。

关键词 多发性; 肋骨骨折; 内固定; 护理配合

中图分类号: R 683.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1673—6567(2022)05—0071—03 **DOI 编码:** 10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.05.041

目前在胸部创伤中大多都伴有肋骨骨折现象, 其中有 4—6 成患者会出现胸部受损。在对肋骨骨折患者进行治疗的过程中, 可以选择保守治疗也可以选择手术治疗, 其中, 保守治疗患者会延长住院时间, 加重医疗负担, 还会进一步提升患者的不良不良反应发生率。因此这时患者采取手术内固定治疗方式有着非常重要的意义^[1-2]。随着外科手术逐渐转型, 对于患者的伤害也不断降低, 在手术过程中辅以合理护理模式能够提升手术质量, 加速患者康复。本文主要针对多发性肋骨骨折内固定手术护理配合进行了分析, 现报告如下。

临床资料

1 一般资料: 从本院 2018 年 1 月—2020 年 10 月收治的肋骨骨折内固定手术患者中选择 57 例患者, 使用随机数字法将其分为观察组和对照组。其中观察组患者 29 例, 男性患者 16 例, 平均年龄为(44.54 ± 8.64)岁, 女性患者 13 例, 平均年龄为(45.43 ± 9.42)岁。其中使用单腔插管的手术患者为 18 例(62.06%), 使用支气管插管的患者为 11 例(37.93%)。9 例患者手术呈平卧位(31.03%), 8 例患者将身体患侧垫高 30°—45°(27.58%), 6 例患者呈侧卧位(20.68%), 6 例患者为左侧侧卧位(20.68%)。对照组患者 28 例。男性患者为 15 例, 平均年龄为 46.44 岁, 女性患者 13 例, 平均年龄为 46.38 岁。其中使用单腔插管的手术患者为 10 例(35.71%), 使用支气管插管的患者为 18 例(64.28%)。8 例患者手术呈平卧位(28.57%), 6 例患者将身体患侧垫高 30°—45°(21.42%), 9 例患者呈侧卧位(32.14%), 5 例患者为左侧侧卧位(17.85%)。纳入排除标准: 选择 X 光检查后并确诊为肋骨骨折的患者, 需接受内固定手术治疗, 无精神障碍, 患者及其家属均签署知情协议书。

2 方法: 对照组使用常规护理方式, 护理人员在手术过程中应准备好医生手术用具, 实时观察患者血压, 呼吸及心率情况。观察组患者采取综合护理方式, 在多发性肋骨骨折内固定手术过程中, 对于内固定手术的治疗选择可以分为合并胸内损伤及肋骨复位固定 2 种。合并胸内损伤有一定概率需要进行开胸手术, 作为一种附加手术, 内固定手术方式主要是为了更好地稳定胸壁。患者在受到胸部创伤的时候如果加重了胸壁软化, 那么就会导致呼吸异常, 严重情况下还会产生严重的呼吸功能不全等现象。护理人员需要结合患者肋骨损伤的部位和患者病情, 对其进行合理的综合护理。护理人员在麻醉前需要对患者进行探视, 并讲解全身麻醉相关注意事项, 使患者能够做好充足的准备, 降低患者心理压力。协助麻醉医生进行麻醉诱导, 在插入气管前应清除患者气道内部存在的分泌物, 使患者呼吸通畅。在使用支气管插管的时候具有一定的操作难度, 手术室内护理人员需要辅助麻醉医生进行麻醉体位固定, 同时还应为套管气囊打气, 将导管固定, 从而缩短插管时间。检查导管是否处于气管内, 禁止使用胸部按压的方式, 避免患者受到 2 次损伤。对于合并肺组织损伤的患者, 需要控制其潮气量, 避免加重肺部压力。对于多发性肋骨骨折患者, 在选择手术体位的时候, 如果体位摆放不正确, 那么就会造成患者血胸, 气胸等严重并发症, 因此合理的摆放体位可以进一步降低并发症的产生。在手术过程中护理人员需要注意患者的生命体征, 谨遵医嘱和滴速给药, 观察患者的出血量。

3 观察指标及疗效判定标准: 对比观察组和对照组患者手术室内护理不良不良反应发生率(心率异常、呼吸不畅、血压升高), 及护理满意情况。在对护理满意度进行调查的时候, 评

分与护理质量成正相关, 即评分越高护理质量越好。基于调查问卷进行护理满意度调查, 表中护理满意度满分为 10 分, 需要按照不同的护理情况打分, >8 分表示对护理非常满意, 6—8 分表示对护理基本满意, <6 分表示对护理不满意, 护理满意度 = 非常满意 + 基本满意 / 总例数 × 100%。

4 统计学方法: 此次研究使用 SPSS25.1 进行数据分析, 以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料, ($n, \%$)表示计数资料, 分别以 t, χ^2 检验, 差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。

5 结果

5.1 2 组患者不良不良反应发生情况对比: 观察组患者不良不良反应发生率分别为心率异常 2 例(6.89%)、呼吸不畅 1 例(3.44%)、血压升高 1 例(3.44%), 不良不良反应总发生率为 13.79%; 对照组患者不良不良反应发生率分别为心率异常 4 例(14.28%)、呼吸不畅 2 例(7.14%)、血压升高 5 例(17.85%), 不良不良反应总发生率为 39.29%。使用综合护理方式的观察组患者不良不良反应发生率低于使用常规护理方式的对照组患者, 差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.774, P < 0.005$)。

5.2 2 组患者护理满意度对比: 基于调查问卷显示, 观察组有 11 例患者(37.93)护理满意度 >8 分, 有 15 例患者护理满意度 6—8 分(51.72), 3 例患者护理满意度 <6 分(10.34), 护理满意度为 26 例(89.66%); 对照组患者有 7 例(25.00)护理满意度 >8 分, 有 11 例患者护理满意度 6—8 分(39.29), 10 例患者护理满意度 <6 分(35.71), 护理满意度为 18 例(64.29%); 2 组护理满意度对比差异具有统计学意义($\chi^2 = 5.208, P < 0.005$)。

讨 论

随着时代的发展和社会进步, 交通工具的使用频率越来越高, 这也提升了交通事故中肺部创伤的发生概率。近年来, 多发肋骨骨折现象逐年上升, 临床治疗中多发现肋骨骨折属于较为常见的胸部外伤, 这种骨折并不仅仅只是单纯的肋骨骨折, 大多都伴有合并伤情。例如一些患者会在肋骨骨折的基础上合并创伤性湿肺或合并血胸, 气胸等症状, 如果情节严重, 还会威胁到患者的生命安全^[3-5]。结合以往治疗情况进行分析, 在对患者进行治疗和护理的过程中使用加压包扎和压迫治疗的手段, 会延长患者病程, 加重患者痛苦, 因此本次研究主要分析了多发性肋骨骨折内固定手术的护理配合效果。内固定手术可以清理患者的胸腔, 进一步降低患者发生感染的概率。作为当下肋骨骨折的主要治疗趋势, 内固定手术也开始朝着微创化的方向不断转型, 在手术过程中护理环节属于较为关键的步骤, 能够降低患者并发症的发生, 对患者的后续治疗有着非常重要的意义^[6-8]。

本次研究中观察组使用综合护理方式进行内固定手术护理配合, 不良不良反应总发生率为 13.79%, 对照组使用常规护理方式, 不良不良反应发生率为 39.29%, 差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.774, P < 0.005$)。且观察组患者护理满意度 26 例(89.66%), 优于对照组护理满意度 18 例(64.29%), 差异具有统计学意义, ($\chi^2 = 5.208, P < 0.005$)。

综上所述, 使用综合性护理配合进行多发性肋骨骨折内固定手术护理, 能够有效地提升患者依从性, 降低患者治疗痛苦, 为患者做好术中护理干预工作, 保证患者骨折恢复良好, 值得在临床中推广应用。

参 考 文 献

[1] 张银娟. 对进行内固定术的多发性肋骨骨折患者实施个性化护

- 理干预的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2018, 16(022): 275 - 276.
- [2] 朱倩, 曹欢. 胸腔镜下多发肋骨骨折内固定术的术后护理体会[J]. 医药前沿, 2018, 8(031): 311 - 312.
- [3] 任清泉, 郭建峰, 杨扬, 等. 不同手术时间对创伤性多发肋骨骨折内固定术后预后的影响[J]. 创伤外科杂志, 2020, 022(006): 451 - 453.
- [4] 杨柳青, 盛绍萌, 黎芳梅. 多发肋骨骨折切开复位内固定术围术期护理[J]. 医学理论与实践, 2019, 032(024): 4070 - 4072.
- [5] 任占良, 张卫锋, 韩英杰, 等. 单孔胸腔镜联合内固定术治疗多发肋骨骨折并血气胸的临床疗效[J]. 中国临床医学, 2020, 27; No. 143(01): 97 - 100.
- [6] 梁皓, 程远方, 王江波. 胸腔镜辅助内固定手术治疗多发性肋骨骨折合并血气胸的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(11): 141 - 142.
- [7] 罗化, 彭建明, 袁跃西. 经胸腔镜内固定手术治疗多发性肋骨骨折的临床疗效及肺通气障碍改善作用分析[J]. 河北医学, 2020, 026(004): 664 - 668.
- [8] 母丹. 分析风险管理在胸腰椎骨折伴多发性肋骨骨折行脊柱内固定术中的应用效果[J]. 中国伤残医学, 2020, 028(004): 86 - 87.

收稿日期: 2020 - 11 - 23

规范化疼痛护理对肋骨骨折疼痛的影响

马志侠

(沈阳市第十人民医院, 辽宁 沈阳 110044)

摘要 目的: 探讨规范化疼痛护理对肋骨骨折疼痛的影响。方法: 本次研究所纳入的研究对象, 是我院接受手术治疗肋骨骨折患者, 选取时间段为 2019 年 3 月 - 2020 年 10 月, 共有 58 例患者被纳入此次研究。所有患者均接受规范化疼痛护理, 观察其对患者疼痛的影响。结果: 58 例患者接受规范化疼痛护理, 术前晚患者的疼痛评分为 (4.19 ± 0.37) 分, 术后 8 小时疼痛评分为 (3.74 ± 0.49) 分, 术后 16 小时疼痛评分为 (2.71 ± 0.37) 分, 术后 24 小时疼痛评分为 (2.44 ± 0.35) 分, 术后 48 小时疼痛评分为 (2.03 ± 0.31) 分, 术后 72 小时疼痛评分为 (1.71 ± 0.46) 分。入院时, 患者的焦虑自评量表得分为 (55.29 ± 4.17) 分, 抑郁自评量表得分为 (55.17 ± 4.22) 分, 出院时, 焦虑自评量表得分为 (26.17 ± 4.11) 分, 抑郁自评量表得分为 (28.49 ± 4.37) 分。术后住院时间为 (11.34 ± 1.29) 天, 术后 48 小时内追加按压镇痛泵使用情况例数有 4 例, 占比 6.90%, 术后对规范化疼痛护理满意度评价, 护理满意度为 96.55% (56/58)。结论: 对接受肋骨骨折手术患者实施规范化疼痛护理, 能够减轻患者的心理压力和疼痛症状, 减少疼痛药物的使用情况, 缩短患者住院时间, 护理满意高, 值得推广。

关键词 肋骨骨折; 规范化疼痛护理; 疼痛; 影响

中图分类号: R 683.1 文献标识码: B 文章编号: 1673-6567(2022)05-0073-02 DOI 编码: 10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.05.042

在日常生活中, 因交通事故、工伤、自然灾害等意外事件的频繁发生, 导致胸部损伤在临床中比较常见, 其中肋骨骨折是胸部损伤的常见疾病, 胸部疼痛是此类患者的常见症状, 且随着患者的呼吸运动、体位改变等, 该症状会逐渐加重, 会严重影响患者的健康生活, 更有甚者会有死亡的后果^[1-2]。手术是解决该疾病的主要治疗方法, 但并不能快速缓解患者疼痛, 且还会因手术接口、侵入性操作等加重疼痛, 易引发医患矛盾, 阻碍术后恢复进程^[3]。以往的常规干预措施, 主要以药物干预为主, 不利于病情恢复, 且疼痛本身会导致患者负性情绪加重, 而常规护理干预模式并未加强重视, 故护理干预效果差, 需要寻求另外一种干预方法, 本次研究就规范化疼痛护理对肋骨骨折疼痛的影响进行分析和探讨, 详细内容报告如下。

临床资料

1 一般资料: 本次研究所纳入的研究对象, 是我院接受手术治疗肋骨骨折患者, 选取时间段为 2019 年 3 月 - 2020 年 10 月, 共有 58 例患者被纳入此次研究, 所有患者均接受规范化疼痛护理。58 例患者男女分配占比为 58.62% (34/58) 和 41.38% (24/58), 患者年龄最大值 78 岁, 最小 32 岁, 平均年龄为 (52.19 ± 3.41) 岁; 平均肋骨骨折数 (4.07 ± 1.79) 根; 骨折部位, 左侧 36 例, 占比 62.07%, 右侧 22 例, 占比 45.83%; 致伤原因: 车祸伤 19 例, 坠落伤 16 例, 重物砸伤 10 例, 殴打伤 6 例, 其他 7 例。(1) 纳入标准: ①此次研究所纳入的研究对象均经过我院螺旋 CT 肋骨三维成像检查确诊为肋骨骨折; ②患者手术资料完整, 疼痛剧烈, 有手术意愿; ③精神认知正常, 能够与医务人员进行有效沟通和交流; ④本次研究经我院医学伦理会批准同意, 并获得了患者及家属相关文件的签字。(2) 排除标准: ①精神异常者; ②临床资料不全者; ③开放性肋骨骨折需行急诊手术者; ④合并胸内病变者; ⑤病理性骨折患者。

2 方法: 58 例患者接受规范化疼痛护理, 干预内容如下: (1) 成立疼痛护理小组。小组成员由主管护师、护士长、麻醉师和若干护士组成, 共同探讨并制定肋骨骨折患者疼痛因素和护理干预流程, 并根据患者的受教育情况, 制定疼痛护理宣传手册、视频等。对护理人员加强肋骨骨折疼痛知识的培训

与考核, 定期进行反馈, 不断完善疼痛护理干预措施。(2) 加强疼痛的健康教育。手术前后, 将疼痛宣传手册和视频交于患者, 并帮助患者学习相关疼痛知识, 包括疼痛评估、镇痛药物的使用、非药物的镇痛干预措施等, 让患者对疼痛有充分认识, 做好充足的心理准备, 能够主动向护理人员汇报疼痛情况, 提出自己的基础需求^[4]。(3) 疼痛评估。手术前, 护理人员教会患者使用疼痛程度评估量表, 每天要收回, 手术前一天晚需要评估 1 次, 手术结束后 3 天内需要阶段式进行评估, 根据评估疼痛程度量表来选择相应的护理干预措施。轻度疼痛者, 予以患者胸廓固定, 根据患者的诉求, 选择舒适的体位, 如健侧卧位或平卧位, 观察患者疼痛、肿胀情况, 对患者体位进行合理选择。另外还可以采用分散注意力的方式来缓解患者的疼痛症状, 如音乐疗法、冥想法、肢体放松法等。中度疼痛患者: 需要按照医嘱予以患者乙酰氨基酚及弱阿片类药物, 将用药使用方法和注意事项告知患者及家属, 确保镇痛药物的正确使用。重度疼痛患者, 需要服用吗啡、可待因等阿片类镇痛药物来减轻痛苦, 患者服药后, 要注意加强对患者生命体征和不良反应的监测, 教会患者家属解决方法, 密切关注患者的实际情况, 针对性的进行处理^[5-6]。(4) 在观察到患者病情有明显好转、生命体征稳定后, 应指导患者尽早开展康复活动, 运动讲究循序渐进原则, 每次运动时间需要根据患者的具体情况来进行确定, 每次运动时间应当控制在 10 - 20 分钟左右, 鼓励患者坚持运动, 利于疾病康复。

3 观察指标: 观察护理干预前后疼痛评分变化, 采用视觉模拟量表评分进行评估, 0 - 10 分, 分值越高, 表明患者的疼痛程度越重。心理状态: 运用焦虑自评量表评分患者的焦虑程度, 50 分以上表示患者有焦虑症状, 评分高低与患者焦虑程度呈正比关系; 运用抑郁自评量表评分评估患者的抑郁情况, 50 分以上表示患者有抑郁症状, 评分高低与患者抑郁程度呈正比关系。另外记录患者的住院时间、术后 48 小时追加按压镇痛泵使用情况和护理满意度 (于出院前采用我院自制的满意度反馈表让患者进行填写, 分为 A 级 - 非常满意 (80 - 100 分)、B 级 - 满意 (60 - 80 分) 和 C 级 - 不满意 (60 分以下))。

4 统计学方法: 统计数据采用 SPSS23.0 展开整理分析,